

雇用保険不受給誓約書（受給延長）

令和 年 月 日

ダイハツ健康保険組合
理事長 殿

氏名（社員） 印

保険証番号 ー

所 属
住 所 〒

電話番号

私は、令和 年 月 日付で_____（私との続柄 ）に関する
異動届を提出いたしました。申請しました扶養家族は、雇用保険の受給資格がありますが
扶養者として保険証を発行してもらうため、雇用保険の受給延長手続きを行いました。

今後、雇用保険の受給手続きを行う場合は、事前にダイハツ健康保険組合に届出し指示に
従います。

もし、扶養者が届出をせず、雇用保険を受給した場合は、私が責任をもってダイハツ健康
保険組合に直ちにお知らせし指示に従います。

なお、私はその手続きを行わず、ダイハツ健康保険組合に損害を与えた場合は、その損失
を弁済することを誓約いたします。

以 上